

«Школа здоровья» для пациентов с артериальной гипертонией: итоги работы в условиях районной поликлиники

А.Н. Андреев¹, Н.В. Изможерова¹, Г.Б. Колотова², С.Н. Махлина³, А.А. Попов¹, А.В. Акимова¹, О.Ю. Стрюкова⁴, Н.В. Тагильцева¹, М.И. Фоминых¹

¹Уральская государственная медицинская академия; ²Управление здравоохранения администрации г. Екатеринбурга; ³Центральная городская больница №6; ⁴Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН. г. Екатеринбург, Россия

«Health school» for arterial hypertension patients: district out-patient clinic experience

A.N. Andreev¹, N.V. Izmozherova¹, G.B. Kolotova², S.N. Makhlina³, A.A. Popov¹, A.V. Akimova¹, O.Yu. Stryukova⁴, N.V. Tagiltseva¹, M.I. Fominykh¹

¹Ural State Medical Academy; ²Public Health Department, Yekaterinburg City Administration; ³Central City Hospital No. 6; ⁴Immunology and Physiology Institute, Ural Branch, Russian Academy of Science. Yekaterinburg, Russia

Цель. Проанализировать эффективность работы «Школы здоровья» для пациентов с артериальной гипертонией (АГ), организованной на базе первого поликлинического отделения ЦГБ № 6 г. Екатеринбурга.

Материал и методы. В исследование включены 120 пациентов, из них 85 женщин с АГ, пришедшие на занятия Школы. Все участники были анкетированы на первом и шестом занятиях. Учитывали достижение пациентами по ходу работы Школы целевого уровня артериального давления (АД) по данным офисного измерения и дневников пациентов, а также результаты лечения в течение 6 месяцев после окончания обучения.

Результаты. Женщины составили 70,8% обучавшихся, 67 участников (58,3%) < 60 лет продолжали трудовую деятельность, 41 человек (34%) имел I степень АГ. К концу цикла занятий 30 пациентов (25%) достигли целевого АД, у 42 (35%) АД понизилось на 30% от исходного уровня. Через 6 месяцев после окончания занятий на фоне продолжающегося лечения 67 пациентов (55,8%) имели целевой уровень АД. Увеличение частоты использования комбинированной терапии к концу обучения в «Школе здоровья» сопровождалось более частым назначением пациентам диуретиков и антагонистов рецепторов ангиотензина II.

Заключение. Наиболее оптимальным явилось сочетание интерактивных лекций с индивидуальными занятиями-консультациями, что позволило охватить достаточно широкий круг больных АГ и достичь реальных результатов в лечении.

Ключевые слова: артериальная гипертония, образование пациентов, «школа здоровья», амбулаторная помощь.

Aim. To analyze effectiveness of "Health School" (First Out-Patient Department, Yekaterinburg Central City Hospital No. 6) activity in arterial hypertension (AH) patients.

Material and methods. The study included 120 patients (85 females), attending School sessions. Attendees' questionnaire survey was performed at first and sixth sessions. Target blood pressure (BP) level achievement was assessed by office BP measurement and diary BP registration. Six-month results after stopping the program were also registered.

Results. Among all participants, there were 70.8% females; 67 individuals under 60 were still working (58.3%), 41 had Stage I AH (34%). By the program's end, 30 patients (25%) achieved target BP levels; in 42 individuals (35%), BP decreased by 30% from the baseline level. Six months later, 67 patients (55.8%) maintained target BP level. Increase in combination therapy usage, by the end of the program, was associated with increased administration of diuretics and angiotensin II receptor antagonists.

Conclusion. Optimal program outlay included interactive lectures and individual consultation sessions, that gave a chance to reach wide audience of AH patients and achieve real-life positive results in their treatment.

Key words: Arterial hypertension, patients' education, out-patient medical service, «Health School».

Медицинская профилактическая помощь пациентам с артериальной гипертонией (АГ) в первичном звене здравоохранения большинства развитых стран сегодня признается недостаточной по объему, качеству и степени интеграции с собственно лечебной работой [4,13,15,17,20]. Принципиальными направлениями оптимизации этой деятельности являются: обучение медицинских работников; выявление, учет и контроль больных АГ; обучение пациентов [1,7,20]. В рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» во многих лечебных учреждениях начато проведение школ здоровья для пациентов т.к. оно позволяет повысить приверженность лечению, снизить риск осложнений и улучшить прогноз, а также способствует уменьшению трудовых потерь [5,6,25]. Однако сообщения разных авторов, анализирующих результаты работы школ здоровья, дают неоднозначную оценку обсуждаемого способа лечебной интервенции [2,3,8,14,18,19,22].

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности работы в течение 2002–2003 учебного года «Школы здоровья» (далее — Школа) для пациентов с АГ, организованной на базе первого поликлинического отделения ЦГБ № 6 г. Екатеринбург.

Материал и методы

В исследование, одобренное Этическим комитетом ЦГБ № 6, на условиях добровольного информированного согласия включены 120 пациентов (85 женщин) с АГ, пришедшие на занятия Школы по объявлению, размещавшимся в медицинских учреждениях, в средствах массовой информации, а также по рекомендации лечащих врачей. Все участники исследования заполняли специально разработанные анкеты на первом и шестом занятиях Школы, а также после первого занятия вели дневники артериального давления (АД). Учитывалось достижение пациентами по ходу работы Школы целевого уровня АД по данным офисного измерения и дневников пациентов, а также результаты лечения в течение 6 месяцев после окончания обучения.

Программа занятий состояла из шести тем; занятия проводились в вечернее время с интервалом в две недели, что позволило максимально привлечь работающих пациентов. Продолжительность цикла занятий 2,5 месяца. Темы занятий включали: понятие о норме АД, механизмах регуляции и методах измерения АД, диагностике АГ, ее осложнениях. Отдельные занятия были посвящены немедикаментозным методам лечения АГ, обоснованию и принципам медикаментозной терапии. На последнем занятии был организован вечер вопросов и ответов, причем слушателей Школы просили подготовить свои вопросы заранее и передать ведущему на предпоследнем

занятии, что позволяло квалифицированно, с использованием демонстрационного материала подготовить ответы и дополнительно проверить характер усвоения знаний обучающимися.

Группы обучающихся включали больных разных возрастных категорий и стадий заболевания. По ходу работы Школы осуществлялась запись на прием, проводилась коррекция лечения. В зале одновременно работали не менее двух врачей. Особое внимание уделялось индивидуальному обучению пациентов методике измерения АД и ведению дневника пациента. Таким образом, лекции, построенные на интерактивном общении с аудиторией, позволяющие охватить ~50 человек, дополнялись индивидуальными занятиями, которые признаны наиболее эффективным методом работы по образованию пациентов.

Особое внимание было уделено немедикаментозным методам лечения АГ, т.к. активное участие пациентов в их осуществлении является необходимым условием эффективности. Обсуждались мероприятия по изменению образа жизни: отказ от курения, снижение избыточной массы тела, ограничение употребления алкогольных напитков, увеличение физических нагрузок, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут., изменение режима питания.

Результаты

Самым эффективным методом рекламы оказались объявления по городскому радио, посредством которого о работе Школы получили информацию 65,0% пришедших на занятия. 20,8% пришли по рекомендации знакомых. Только 14,2% пациентов получили информацию в поликлинике и стационаре.

Женщины составили 70,8% обучавшихся, что отражает их большую по сравнению с мужчинами склонность к целенаправленному лечению (рисунок 1) [7,23]. 58,3% участников Школы были < 60 лет, продолжали трудовую деятельность и главной причиной, побудившей их посещать занятия, считали необходимость сохранить трудоспособность. Обращает на себя внимание достаточно высокая доля лиц с I стадией гипертонической болезни (ГБ) по классификации ВОЗ 1993; среди слушателей Школы — 34% (рисунок 2).

В процессе занятий все пациенты были обучены методике измерения АД. 70% лиц посетили индивидуальные консультации, была проведена коррекция антигипертензивной терапии. Главным результатом работы Школы явилось создание мотивации для длительной и регулярной терапии [19,20,25]. Большая продолжительность цикла позволила начать программу модификации факторов риска сердечно-сосудистых катастроф [12]: ведение дневников питания начали 18 чело-

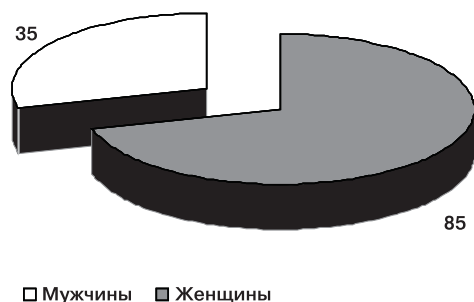


Рис. 1 Распределение слушателей Школы по полу.



Рис. 2 Распределение слушателей Школы в зависимости от стадии ГБ.

век (15%), медикаментозная терапия ожирения проводилась у 8 (8,3%), отказались от курения 4 (3,3%). Следует отметить, что информированность о наличии повышенного содержания общего холестерина (ОХС) была низкой. В процессе работы Школы 45,8% слушателей прошли исследование липидного спектра. Статины начали применять 12 человек (10%).

К концу цикла занятий 25% пациентов достигли целевого уровня АД и 35% снизили АД на 30% от исходного уровня (рисунок 3). Через 6 месяцев после окончания занятий на фоне продолжающегося лечения 55,8% пациентов имели целевой уровень АД. Пациенты убедились, что прием лекарств не только безопасен, но и эффективен.

Особый интерес представляют результаты изучения спектра препаратов, принимаемых пациентами до начала обучения и после его окончания, а также распространенность антигипертензивной комбинированной терапии (таблица 1, рисунок 4). Анализ про-

водимой до начала Школы терапии выявил, что комбинированную терапию АГ получали преимущественно лица пенсионного возраста. Наиболее распространено было сочетание эналаприла и гипотиазида. Лица трудоспособного возраста получали один препарат, чаще всего — эналаприл, доза которого ни в одном случае не превышала 10 мг/сут., в связи с чем ни в одном случае не был достигнут целевой уровень АД. Обращал на себя внимание низкий процент применения диуретиков (19,1%), а 18,3% обучающихся вообще не получали антигипертензивной терапии.

Сочетание образовательной программы с консультированием пациентов позволило статистически значимо увеличить долю лиц, использующих диуретики и антагонисты рецепторов ангиотензина II (таблица 1), а так же число пациентов, получавших комбинированную антигипертензивную терапию ($\chi^2=44,92$; $p=0$) (рисунок 4). Аналогичные тенденции в ходе образовательной интервен-

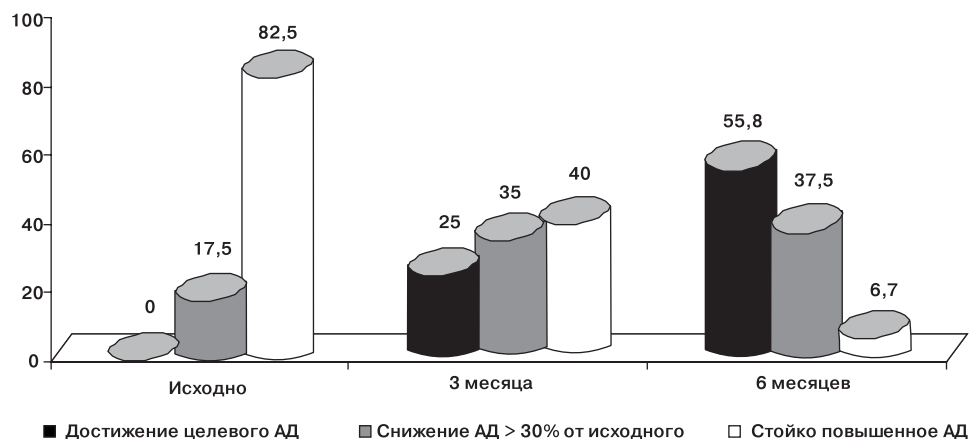


Рис. 3 Динамика достижения целевого АД в процессе обучения.

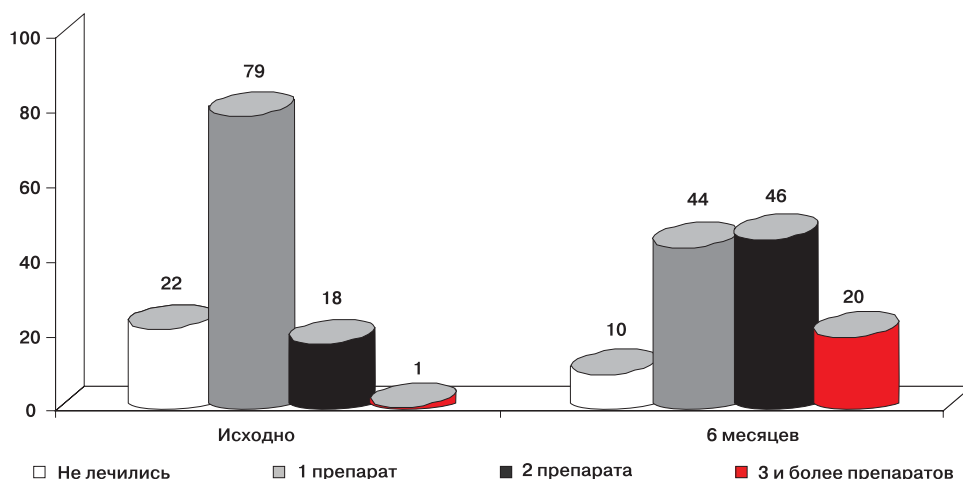


Рис. 4 Частота применения комбинированной терапии до начала лечения и через 6 месяцев обучения.

ции отмечали исследователи из различных стран [10,11,24].

Обсуждение

Распространенность АГ в РФ достигает 40% [7]. В реальной практике при оценке распространенности по обращаемости эти цифры значительно меньше (рисунок 5) и составили в 2003г в г. Екатеринбурге 3,9%. Обращает на себя внимание большая частота осложнений АГ, в частности, инфарктов мозга (рисунок 6). Целью лечения АГ является максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности [6]. Но при уровне обращаемости, который имеет место сегодня, эффективность программы напрямую зависит от того, какой круг пациентов будет максимально охвачен медицинскими мероприятиями [13,14,25]. В условиях крупного промыш-

ленного центра, каким является Екатеринбург, наибольшие проблемы при лечении АГ возникают у лиц трудоспособного возраста, имеющих зачастую минимальную клиническую симптоматику и I стадию заболевания [17,23]. Недостаточная информированность пациентов о заболевании, методах лечения и профилактики приводит к низкой приверженности выполнению рекомендаций и неудовлетворительным результатам терапии [11,13,16,23]. Именно поэтому достижения в реальной клинической практике, существенно отличаются от результатов крупных многоцентровых исследований [14,24].

Работа Школы для пациентов с АГ регламентируется организационно-методическим письмом Минздрава РФ и включена в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (Шифр 04.015.01)

Таблица 1

Препараты, применявшиеся пациентами до начала посещения Школы и после завершения курса занятий

Варианты лечения	До обучения, n (%)	После обучения, n (%)	χ^2	p
ИАПФ	54 (45,8±0,045)	55 (45,8±0,045)	0	1
Диуретики	23 (19,16±0,036)	68 (56,7±0,045)	32,3	0
Антагонисты кальция	12 (10±0,027)	15 (12,5±0,03)	0,17	>0,05
β -адреноблокаторы	19 (15,8±0,035)	25 (20,8±0,037)	0,7	>0,05
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	1 (0,8±0,08)	10 (8,3±0,035)	6,1	0,014
Препараты центрального действия	10 (8,3±0,025)	17 (14,2±0,032)	1,5	>0,05
α -адреноблокаторы	0	0	-	-
Без медикаментозного лечения	22 (18,3±0,035)	10 (8,3±0,025)	1,98	>0,05

Примечание: p — показатель достоверности различия; χ^2 — критерий распределения признаков (Пирсона).

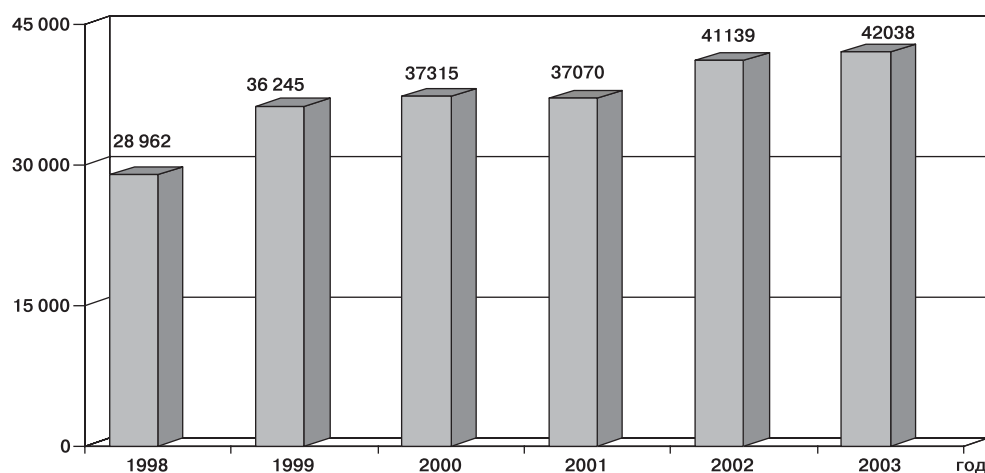


Рис. 5 Динамика числа зарегистрированных случаев АГ среди взрослого населения г. Екатеринбурга.

[5]. В реальных условиях организация работы Школы оказывается намного сложнее, чем это может показаться на первый взгляд [1,3]. В условиях дефицита квалифицированных кадров (относительно низкая укомплектованность участковыми врачами) и высокой функции врачебной должности не всегда реально проведение занятий с малыми группами пациентов, т.к. для эффективной работы и охвата значительного количества больных будет необходима большая частота занятий. Следует отметить, что образование пациентов в России не ограничивается только Школами для пациентов с АГ. В течение многих лет существуют Школы пациентов с сахарным диабетом, бронхиальной астмой. В 2000-2004гг в г. Екатеринбурге функционировала Школа для женщин в перименопаузе, опыт работы кото-

рой был использован при организации Школы пациентов с АГ [21].

Результаты анкетирования пациентов с АГ принципиально не отличаются от данных других авторов. В частности, показано, что к выполнению рекомендаций более склонны лица > 55 лет, а также имеющие невысокий уровень образования [11,18]. При этом 44% больных АГ считали, что прием антигипертензивных препаратов необходимо продолжать лишь до достижения целевого уровня АД [10,22]. Не придавали значения таким ФР как потребление поваренной соли, ожирение, наследственность, а основной причиной АГ считали стресс [11,17].

Следует отметить, что среди участников Школы лишь 18,3% не получали медикаментозной терапии (таблица 1), что значительно

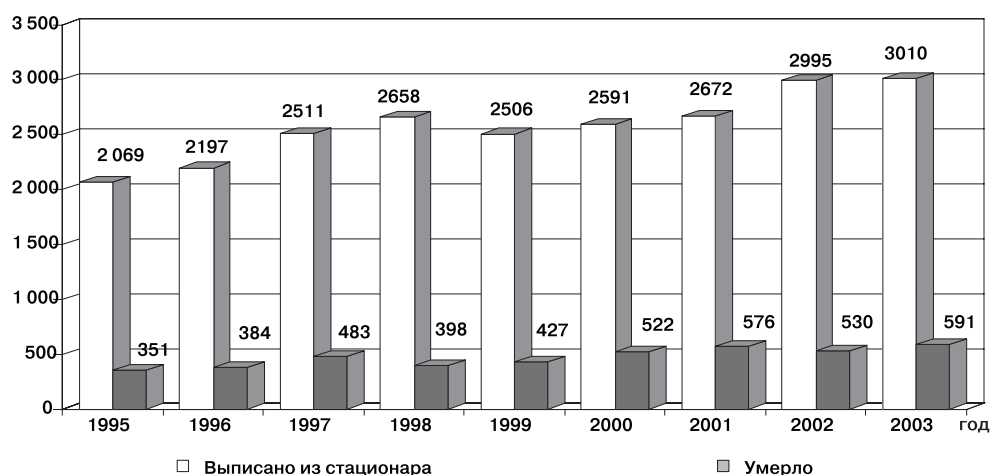


Рис. 6 Динамика частоты случаев цереброваскулярной болезни, осложненной инфарктом мозга, в г. Екатеринбурге.

выше данных по общей популяции [7,19]. Выявленные различия определяются прежде всего, тем, что занятия посещали лица, более внимательно относящиеся к своему здоровью, чем население в целом. В то же время эффективность проводимой терапии была недостаточной, т.к. никто из пациентов не смог достичь целевого АД (рисунок 3). Результаты анализа медикаментозного лечения в целом соответствуют тенденциям, типичным для крупных промышленных городов (таблица 1). В Санкт-Петербурге самыми распространенными препаратами оказались ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), а частота назначения диуретиков была даже ниже, чем в настоящем исследовании [9]. Эти результаты соответствуют итогам исследования ПИФАГОР (Первое Исследование Фармакоэпидемиологии Артериальной Гипертонии Ограниченного Россией) [4].

Повышение частоты применения комбинированной антигипертензивной терапии (рисунок 4) к концу обучения в «Школе здоровья» сопровождалось увеличением частоты назначения диуретиков, как наиболее доступных и эффективных препаратов, так и более широким включением в арсенал антигипертензивных средств относительно новой и перспективной группы антагонистов рецепторов ангиотензина II.

Методы работы Школ по проблеме АГ должны быть достаточно гибкими; проводимая в них работа должна быть массовой, т.к. простой расчет показывает, что в г. Екатеринбурге, количество лиц, страдающих АГ, составляет не < 300 тыс. Для создания культурной прослойки среди пациентов необходимо охватить за короткий срок не < 10% больных, причем упор должен быть сделан не только на немедикаментозную терапию, а на весь

комплекс лечебных мероприятий. Результатом цикла занятий должно быть не только достижение целевого уровня АД, но и модификация образа жизни, что и представляет наибольшую проблему для ряда других школ [3]. Хотелось бы обратить внимание, что очень часто основу групп составляют неработающие пациенты, больные ГБ III стадии, имеющие ассоциированные клинические состояния, приверженность которым лечению низка [8]. Следовательно, главным условием успешной работы Школы должно стать создание активных мотивационных программ, повышающих заинтересованность пациента в процессе обучения [2]. Чтобы Школа не превратилась в пустую формальность, в своеобразную дань моде, необходимо учитывать индивидуальные особенности больных, реальные условия функционирования учреждений здравоохранения и т.д. [1].

Таким образом, работа Школы для пациентов с АГ является перспективным лечебным мероприятием. Участие пациентов в ее работе позволило добиться позитивных результатов в лечении АГ. В процессе работы аналогичных Школ наибольшее внимание следует уделять лицам трудоспособного возраста, поскольку именно у них есть наибольшие перспективы по профилактике сердечно-сосудистых катастроф, а качество проводимой терапии наихудшее, что связано с высокой частотой бессимптомного течения АГ и отсутствием мотивации регулярно посещать участкового врача.

Наиболее оптимальным является сочетание лекций, построенных по типу интерактивного общения с аудиторией, с индивидуальными занятиями-консультациями, что позволяет, с одной стороны, охватить достаточно широкий круг больных АГ, с другой стороны, достичь реальных результатов и успеха в лечении.

Литература

1. Балкаров И.М., Шоничев Д.Г., Козлова В.Г. и др. Некоторые подходы к повышению качества лечения пациентов с артериальной гипертонией (опыт «школы пациента с артериальной гипертонией»). Тер архив 2000; 1: 47-51.
2. Калинина А.М. Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Качество жизни 2003; 2: 78-82.
3. Конради А.О., Соболева А.В., Максимова Т.А. и др. Обучение больных гипертонической болезнью — бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? Артериал гиперт 2002; 8(6): 217-20.
4. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертонии в России (ПИФАГОР). Кардиология 2003; 11: 23-6.
5. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. и др. Организация Школ Здоровья в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. Москва 2002; 30 с.
6. Ощепкова Е.В. О федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации». Профил забол укреп здор 2002; 1: 3-7.
7. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль. Профил забол укреп здор 2001; 2: 3-7.

8. Шутемова Е.А., Ушакова С.Е., Концевая А.В. и др. Информированность пожилых пациентов о принципах вторичной профилактики артериальной гипертензии и готовность к участию в лечении. Кардиваск тер профил 2003; 2: 9-13.
9. Эйдельман С.Е. Фармакоэпидемиология артериальной гипертензии в Санкт-Петербурге на примере Петроградского района. Артериал гиперт 2002; 8(6): 212-6.
10. Al-Khadra A, Al-Muhana F, Ibrahim I. Patients' knowledge of hypertension and its management. J Saudi Heart Assoc 1991; 3(3): 106-9.
11. Al-Sowielem LS, Elzubier AG. Compliance and knowledge of hypertensive patients attending PHC centres in Al-Khobar, Saudi Arabia. Bulletin of the World Health Organization 1998; 4(2): 301-7.
12. Appel LJ, Champagne CM, Harsha DW, et al. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. JAMA 2003; 289(16): 2083-93.
13. Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. Am Heart J 1991; 121: 664-9.
14. Cziraky MJ. NHBPEP: working to reduce death and disability from high blood pressure. National High Blood Pressure Education Program. J Am Pharm Assoc (Wash) 2002; 42(6): 886-8.
15. Hosie J, Wiklund I. Managing hypertension in general practice: can we do better? J Human Hypertens 1995; 9(Suppl. 2): S15-8.
16. Imai Y, Tsuji I, Nagai K, et al. Ambulatory blood pressure monitoring in evaluating the prevalence of hypertension in adults in Ohasama, a rural Japanese community. Hypertens res 1996; 19(3): 207-12.
17. Khalil SA, Elzubier AG. Drug compliance among hypertensive patients in Tabuk City, Saudi Arabia. J Hypertens 1997; 15: 561-5.
18. Marilyn R. Factors associated with adherence in hypertensive patients. Annals Med 1987; 14(4): 245-8.
19. Muhlhauser I, Sawicki PT, Didjurgeit U, et al. Evaluation of a structured treatment and teaching program on hypertension in general practice. Clin experim hyperten 1993; 15: 125-42.
20. Neutel JM, Smith DH. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2003; 5(2): 127-32.
21. Popov AA, Izmozherova NV, Oboskalova TA, Lounegova VV. Educational programs for patients increase hormone replacement therapy compliance. 10th World Congress on the Menopause. 10-14 June 2002. Berlin, Germany. Abstr. P11-3.
22. Richardson MA, Simons-Morton B, Annegers JF. Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. Health education quarterly 1993; 20: 489-503.
23. Sharkness CM, Snow DA. The patient's view of hypertension and compliance. Am J Prev Med 1992; 8: 141-6.
24. Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Perez-Flores D. Prevalence and control of arterial hypertension in the south-east of Spain: a radical but still insufficient improvement. Eur J Epidemiol 1997; 13(3): 301-8.
25. Stanton MP, Nix GS. Effect of a hypertension teaching protocol on patient and staff satisfaction in a rural community health center. Lippincotts Case Manag 2003; 8(3): 125-32.

Поступила 30/11-2005